

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

15
N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 7 novembre 1906, à 1 heure

PAR

Edmond CHAPOTIN

Ancien interne de l'hôpital du Mans

INJECTIONS INTRA-ARTICULAIRES

DE VASELINE STÉRILE

Dans les Arthrites Sèches

Président : M. RECLUS, Professeur.

Juges : MM. {
BRISSAUD, Professeur.
LABBÉ Marcel, Agrégé.
PROUST, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

M. DEBOVE.
 MM.
 POIRIER.
 CH. RICHET.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD
 HUTINEL
 BRISSAUD
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL
 SEGOND.
 POUCHET
 GILBERT
 CHANTEMESSE
 THOINOT.
 DEJERINE.
 ROGER.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 DEBOVE.
 LANDOUZY.
 GRANCHER.
 JOFFROY.
 GAUCHER.
 RAYMOND.
 LE DENTU
 TERRIER.
 BERGER.
 RECLUS.
 DE LAPERSONNE
 ALBARRAN.
 PINARD.
 BUDIN.
 POZZI.
 KIRMISSON
 Albert ROBIN.

Anatomie
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....
 Clinique médicale.....
 Maladies des Enfants.....
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique chirurgicale.....
 Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....
 Clinique d'accouchements.....
 Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....

Agrégés en exercice.

MM
 AUVRAY.
 BALTHAZARD.
 BRANCA
 BEZANÇON.
 BRINDEAU.
 BROCA André.
 CARNOT.
 CLAUDE.
 CUNEO.
 DEMELIN.
 DESGREZ.

MM
 DUPRE
 DUVAL.
 FAURE.
 GOSSET.
 GOUGET.
 GUIART.
 JEANSELME.
 LABBE.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.

MM
 LEGRY.
 LEGUEU.
 LEPAGE.
 MACAIGNE.
 MAILLARD.
 MARION.
 MAUCLAIRE.
 MERY.
 MORESTIN.
 POTOCKI.

MM
 PROUST.
 RENON.
 RICHAUD
 RIEFFEL (chef des
 Travaux anatomiques.
 TEISSIER.
 THIROLOIX
 VAQUEZ.
 WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON ONCLE

A MA TANTE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur à la Faculté de médecine

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, il nous est agréable de jeter un regard en arrière et d'exprimer notre reconnaissance aux maîtres bienveillants qui nous ont aidé dans l'acquisition de nos connaissances médicales.

A l'hôpital Necker, nous avons été, dans le service du docteur Rendu, initié par le docteur Rénon à la pratique de l'auscultation et ses conseils éclairés en même temps qu'ils nous firent aimer la saine clinique nous apprirent à en apprécier toute la valeur.

A notre sortie de Necker, le docteur Reclus voulut bien nous admettre dans son beau service de l'hôpital Laënnec. Nous nous souvenons ses leçons magistrales, sa parole vibrante, son enseignement chirurgical clair et précis. Il nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions bien sincèrement.

A l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction du docteur Comby, nous avons appris les difficultés de la médecine infantile. Nous adressons nos remerciements respectueux à ce guide bienveillant.

A la Pitié, pendant le stage d'accouchement, un noble

enseignement nous fût prodigué par le docteur Lepage ; nous en emportons un excellent souvenir.

Quittant alors la métropole pour un hôpital de province, nous trouvâmes au Mans les conseils éclairés du docteur Lè Bail. Nous nous rappellerons toujours les bons moments de notre internat et tout le profit que nous en avons recueilli.

Nous devons enfin un remerciement tout spécial au docteur Henri Delagénère qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse.

INTRODUCTION

Nous avons l'intention d'exposer dans ce modeste travail la méthode du docteur Delagénère du traitement des arthrites sèches par l'injection intra-articulaire d'huile de vaseline stérilisée.

La première application de ce mode de traitement remonte au 22 janvier 1903 et depuis cette époque le procédé n'a donné que des succès à son auteur.

Avant d'exposer la technique et les indications de cette nouvelle méthode il nous semble indiqué de dire quelques mots de l'arthrite sèche et des formes particulières auxquelles la méthode est applicable.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Des arthrites sèches.

Définition. — L'arthrite sèche, arthrite déformante, mal sénile des articulations, est une arthrite chronique, caractérisée par l'usure des cartilages diarthrodiaux, par une production d'ostéophytes souvent abondante et par la déformation des surfaces articulaires qui n'ont aucune tendance à la suppuration, à l'ankylose ou à la guérison spontanée (Reclus).

Pathogénie. — 1° Quelques auteurs : Lasègue, Hunter, Garrod, Bouchard, Durand-Fardel, Quénu la séparent du rhumatisme chronique.

« L'arthrite déformante serait un aboutissant possible de la plupart des arthropathies ; sa physionomie résultant moins de la nature primitive de l'arthrite que de l'état de nutrition générale du sujet et de la nutrition locale du membre atteint (Quénu).

2° Pour d'autres l'arthrite sèche se rattache toujours à un état diathésique : l'arthritisme et comme telle n'est qu'une *forme partielle* du rhumatisme chronique.

Cet état diathésique relève tantôt d'un trouble de nutrition héréditaire, tantôt d'un trouble de nutrition acquis (infections, rhumatisme articulaire aigu, blennorrhagie, scarlatine, auto-intoxication d'origine gastro-intestinale).

Le traumatisme dans certains cas paraît localiser l'affection à tel ou tel article ;

3° En face de la théorie précédente, la plus ancienne, se dresse une autre toute moderne : celle qui considère l'arthrite sèche comme une affection trophique. Avec Chi-pault nous nous rattacherons à la seconde théorie.

Etude clinique.

L'arthrite sèche frappe surtout les grandes articulations ; par ordre de fréquence : la hanche, le genou, l'épaule, le coude, le cou-de-pied.

Parfois deux ou trois articulations sont frappées à la fois ou bien deux articulations symétriques sont atteintes successivement. L'affection peut rester localisée ou suivant une marche progressive, elle s'étend aux petites articulations : gros orteil, articulations métacarpo-phalangiennes du pouce, des phalangettes, de la colonne vertébrale, de l'articulation temporo-maxillaire.

Nous laisserons de côté les formes généralisées de l'arthrite sèche pour ne nous occuper que des *trois localisations* contre lesquelles la méthode de traitement que nous préconisons s'est montrée efficace, à savoir : l'arthrite

sèche de la hanche, celle de l'épaule et du genou. Nous n'avons pas eu, en effet, l'occasion de traiter des cas d'arthrite sèche des autres grandes articulations : coude et cou-de-pied.

Symptômes généraux.

a) *Mode de début :*

Le début est très insidieux, sans rougeur ni chaleur appréciables de l'article. Parfois la douleur fait défaut, le malade accusant plutôt une gêne surtout aux changements de temps. Dans d'autres cas, le malade se plaint de douleurs spontanées survenant surtout la nuit. La souffrance ne se montre pas toujours au niveau de la jointure, mais se localise soit au niveau d'un groupe musculaire, soit sur le trajet d'un nerf.

Ces douleurs irradiées d'après Pitres et Vaillard seraient en rapport avec des névrites des filets nerveux périarticulaires. Les mouvements de la jointure, les pressions sur l'interligne articulaire n'exagèrent pas les souffrances sauf dans les formes douloureuses dont nous parlerons plus tard.

b) *Période d'état :*

1° *Déformation.* — La déformation marque le début de la période d'état. Elle peut être énorme. La jointure est

alors volumineuse, irrégulière, la peau qui la recouvre soulevée çà et là par des bosselures tantôt massives, tantôt pointues qui semblent prêtes à la perforer.

L'articulation ressemble à un sac rempli d'ostéophytes. Rarement elle garde sa rectitude ;

2° *Motilité*. — Les mouvements, contrairement à ce qu'on pourrait croire d'après les lésions articulaires, ne sont point empêchés, mais simplement diminués d'amplitude. Ils sont bien parfois limités par la production d'ostéophytes formant autour de l'articulation comme des espèces de cran d'arrêt, mais jamais l'affection n'aboutit à l'ankylose.

Les cas où la jointure perd ses usages sont rares.

Les malades se plaignent, il est vrai de raideurs surtout quand ils se lèvent le matin ou dès qu'ils commencent à marcher ; ils ont besoin de se dérouiller, mais ils sont capables de fournir de longues courses et de se livrer à certains travaux :

3° *Douleur*. — Elle est spontanée et provoquée par les mouvements.

Les auteurs insistent peu sur ce symptôme, car en général l'arthrite sèche est peu douloureuse, mais il est des cas très *douloureux*, nous en donnerons de nombreux exemples et Gosselin en a signalé où la douleur avait pu faire croire à une sciatique chronique.

Dans ces cas, la douleur est telle qu'elle entraîne l'*impotence fonctionnelle* du membre atteint et c'est à cause des tortures ressenties par le malade qu'on est appelé à intervenir.

Nous insistons d'autant plus sur ces formes douloureu-

ses de l'arthrite sèche, que l'injection de vaseline agit mieux sur elles et supprime comme par enchantement les douleurs.

On a signalé également au cours de l'arthrite sèche des poussées aiguës avec fièvre légère et exaspération des douleurs, production d'hydarthrose ; ce peut même être là un mode de début :

4° *Bruits articulaires*. — Les mouvements de la jointure s'accompagnent de bruits de caractère variable. .

Au début des lésions, lorsque les ostéophytes et les ecchondroses sont plus abondants, que les surfaces articulaires n'ont subi que l'altération velvétique, les bruits consistent en frottements comparés par Nélaton à ceux produits par deux morceaux de velours d'Utrecht frottés l'un contre l'autre : ces bruits sont perçus à la fois par la main et l'oreille. Ils varient suivant qu'il y a ou non de l'hydarthrose. Plus tard, lorsque les lésions sont plus intenses ce sont : des craquements secs, rudes, nombreux ; leur bruit a été comparé à celui d'un moulin à poivre (Reclus) ou au bruit d'un sac de noix qu'on agite.

5° *Lésions périarticulaires. Atrophies*. — Nous signalerons : 1° l'atrophie réflexe des muscles périarticulaires et celle qui dans les cas douloureux succède à l'impotence ; 2° la participation au processus des bourses séreuses périarticulaires.

MARCHE

L'arthrite sèche ne rétrograde jamais (Terrier) et son évolution ne se termine qu'avec la vie du malade (Follin) mais elle peut rester stationnaire ou ne s'accroître que lentement. La perte exceptionnelle de l'usage du membre atteint peut venir soit de la production exagérée d'ostéophytes qui limitent les mouvements soit des poussées subintrantes d'hydarthrose qui distendent les ligaments, soit de la douleur entraînant par sa violence l'impotence fonctionnelle.

Complications. — Malgré son nom d'arthrite sèche nous avons vu que les poussées d'hydarthrose n'étaient pas rares : ce sont tantôt des poussées aiguës d'hydarthrose, tantôt de l'hydarthrose chronique.

Hydarthrose, c'est-à-dire relâchement des ligaments et ostéophytes, c'est-à-dire modification des surfaces articulaires expliquent la possibilité de luxations et subluxations spontanées. De même la raréfaction trophique des extrémités osseuses explique les fractures qui peuvent venir compliquer l'arthrite.

Formes cliniques. — Nous avons vu que l'arthrite sèche pouvait rester localisée à un seul article : la hanche, l'épaule, le genou, etc.

Ces types morbides ont été décrits comme indépendants de l'arthrite sèche mais en réalité ils ne sont autre chose qu'une forme limitée du rhumatisme chronique partiel.

Nous allons les passer en revue, car ce sont ceux qui sont justiciables de l'injection de vaseline.

Rentre dans ces formes :

1° *Le rhumatisme scapulaire atrophique ou rhumatisme deltoïdien atrophique de Duchenne.*

Si dans cette variété la périarthrite prend une importance particulière, c'est que les bourses séreuses périarticulaires ont à l'épaule une importance considérable, mais les lésions de l'articulation elle-même et les craquements dont elle est le siège, prouvent bien la réalité de l'arthrite.

Dans cette arthrite la douleur est souvent très marquée, elle irradie dans le moignon de l'épaule et dans le bras, s'exaspère aux changements de temps, les mouvements passifs et surtout les mouvements volontaires l'exagèrent ainsi que la pression au niveau de l'interligne articulaire.

A noter également un point douloureux en avant et en arrière de l'articulation.

En raison des souffrances, le malade mobilise sa jointure le moins souvent possible, aussi bientôt les mouvements de rotation et d'abduction deviennent impossibles, le malade ne peut plus placer la main derrière la tête. La mobilité apparente du moignon de l'épaule tient à ce que l'omoplate est mobile sur le tronc.

La fréquence de la périarthrite explique l'englobement possible du nerf circonflexe dans les tissus fibreux périarticulaires et la névrite consécutive.

Cette névrite a pour corollaire l'atrophie non seulement du deltoïde mais de tous les muscles du moignon de l'épaule : sus et sous-épineux, grand et petit rond.

2° *Morbus coxæ senilis ou coxarthrocace.*

Comme son nom l'indique, l'arthrite sèche de la hanche frappe les vieillards. bien que quelques cas en aient été rencontrés chez des enfants.

C'est une affection douloureuse. La douleur spontanée est plus vive que la douleur provoquée. Ces douleurs s'expliquent en dehors des lésions articulaires par la présence de névrite sciatique analogue à la névrite du circonflexe ; c'est une névrite sciatique secondaire qui d'après Quénu est due à l'adhérence du nerf de la capsule articulaire, aux muscles jumeaux ou au pyramidal.

On note comme conséquence de la névrite de l'atrophie musculaire de la fesse et du triceps.

L'atrophie est également la conséquence de l'immobilité à laquelle se soumet le malade.

Le membre est plus ou moins fixé en flexion avec abduction. Il en résulte au début de l'affection un raccourcissement apparent.

Plus tard le raccourcissement devient réel, car en raison du processus atrophiant, des lésions osseuses, la cavité cotyloïde augmente d'étendue, le col fémoral diminue de longueur, s'atrophie et souvent se fracture.

Malgré l'importance de ces lésions osseuses la coxarthrocace se rattache bien au rhumatisme et non comme le voulait Rokitsansky à une altération spéciale de l'os.

3° *Arthrite sèche du genou.*

C'est elle que nous avons pris comme type à la symptomatologie générale ; nous ne disons donc rien de plus à son sujet.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

« On conçoit, dit M. Quénu, que pour une même articulation l'aspect et les rapports échappent à toute prévision et soient tout différents suivant que l'usure ou l'hypertrophie aura prédominé, suivant qu'elles se seront localisées ou étendues en des points variables. »

Les lésions articulaires sont au maximum dans l'arthrite sèche, Cornil et Ranvier les ont décrites avec précision dans leur Manuel. Disons que d'une façon habituelle les lésions prolifératives sont dominantes.

Synoviale :

Après une première période de vascularisation anormale de la synoviale, on voit se produire un épanchement de synovie ou l'arthrite sèche débute d'emblée.

La synoviale augmente d'épaisseur « les franges synoviales préexistantes augmentent de volume et de nouveaux appendices villeux sont formés :

« Les bourgeons synoviaux deviennent habituellement cartilagineux et forment des masses sphériques ou ovoïdes d'un volume variable, qui peuvent atteindre celui d'une

noisette et qui sont maintenus par un pédicule parfois très mince : le pédicule peut même se rompre et la masse devenue libre forme un corps étranger articulaire. » (Cornil et Ranvier). Ces corps étrangers sont surtout fréquents à l'épaule et au genou.

Les ligaments interarticulaires présentent une hypertrophie considérable ; le tissu qui double la synoviale s'épaissit et perd son élasticité.

Parfois, la périarthrite prédomine sur l'arthrite, tel est souvent le cas à l'épaule.

Synovie :

Les articulations atteintes d'arthrite sèche renferment souvent une petite quantité de liquide séreux, mais ce liquide diffère de la synovie normale. Il n'en a pas l'onctuosité et ne peut plus remplir son rôle qui est de lubrifier les surfaces articulaires. C'est en se basant sur ces caractères du liquide contenu dans l'arthrite sèche que M. Delagénère eut l'idée d'opérer un graissage artificiel par la vaseline liquide.

Extrémités articulaires :

Les extrémités osseuses offrent comme altération la disparition progressive du centre du cartilage et la production périphérique d'ecchondroses marginales. Ces ecchondroses s'ossifient et constituent des ostéophytes plus ou moins volumineux.

Lorsque les articulations continuent à fonctionner, il se produit de l'éburnation osseuse, conséquence de la résorption de la lame osseuse compacte sous-chondrale détermi-

née elle-même par la prolifération des cellules cartilagineuses de la face profonde du cartilage.

Des cellules de nouvelle formation nées dans le cartilage et offrant tous les caractères de la moelle embryonnaire remplissent les espaces médullaires qui avoisinent le cartilage et donnent lieu à la lame éburnée.

L'ankylose osseuse est très rare. Quant aux fractures spontanées elles sont la résultante de la raréfaction du tissu spongieux des épiphyses.

Cartilage diarthrodial :

« Le processus histologique de l'arthrite sèche consiste essentiellement dans une prolifération du cartilage ancien et dans une néoformation de cartilage dans les parties fibreuses. Il y a d'abord prolifération des capsules primitives qui se remplissent d'un grand nombre de capsules jeunes. Puis les capsules primitives se rompent, éclatent à la surface du cartilage dans la cavité articulaire. Il en résulte la formation de villosités qui donnent au cartilage l'aspect du velours d'où le nom d'altération velvétique.

« Les villosités ont environ un millimètre de longueur. Avec les progrès de la maladie ces villosités soumises aux frottements disparaissent progressivement à la couche calcifiée du cartilage ».

A la périphérie du cartilage, les capsules primitives ne pouvant s'ouvrir se superposent, forment des bourrelets qui s'ossifient et deviennent des ostéophytes.

Il y a donc au centre usure du revêtement, à la périphérie production exubérante.

Altérations périarticulaires :

2) *Muscles*. — Il faut signaler l'atrophie réflexe des muscles périarticulaires analogue à celle que l'on rencontre dans les arthrites inflammatoires. Pour Descouts, l'atrophie frappe les muscles innervés par les mêmes nerfs que l'article malade.

3) *Nerfs*. — Pitres et Vaillard ont constaté des névrites périphériques.

Quénu a signalé l'adhérence du sciatique aux muscles sous-jacents (pyramidal) lesquels étaient fusionnés avec la capsule articulaire et comme conséquence : lésions de névrite interstitielle.

CHAPITRE III

Traitement.

A. — MÉDICAL

α) Général :

Lancereaux a préconisé l'emploi du sulfate de quinine. Il se donne à doses faibles, mais longtemps continuées.

D'autres thérapeutes donnent leur préférence aux composés arsénicaux ainsi qu'à l'iode et aux iodures.

Lasègue commençait par VI gouttes de teinture d'iode et prétendait arriver au bout de quelques jours à en faire supporter 5 à 6 grammes.

Cette dose est évidemment exagérée; à partir de XL gouttes on observe des phénomènes d'intolérance (Le Gendre). L'arsenic à haute dose soit sous forme de liqueur de Fowler ou même de liqueur de Boudin, voire même en injections sous-cutanées (cacodylates) est bien mieux supporté.

L'iodure de potassium à doses faibles mais continues est parmi les médicaments celui qui donne les meilleurs résultats. Il est facile de l'associer à l'arsenic.

On peut employer également l'iodure sous forme d'iodure de fer.

Bien entendu une médication tonique et reconstituante complètera l'action des médicaments précédents.

β) *Traitement thermal :*

Au début de l'affection, le malade retirera un sérieux bénéfice d'une cure hydro-minérale.

Citons tout d'abord les eaux hyperthermales à minéralisation indéterminée telles que Nérís, Bagnoles de l'Orne, Plombières qui conviennent aux formes rapides et douloureuses de l'affection.

Les eaux sulfureuses d'Aix, de Cauterets, de Barrèges, de Luchon seront indiquées dans les formes lentes et torpides.

Les boues végéto-minérales de Dax, de Barbotan, de Saint-Amand employées, soit en bains entiers, soit en demi-bains ou en applications locales ont une action indiscutable.

Citons encore les eaux arsénicales de la Bourboule, et du Mont Dore et surtout les eaux chlorurées sodiques chaudes (Bourbon-Lancy, Bourbon-L'Archambault, Bourbonne) ou froides (Salins, Salies de Béarn).

L'action des premières est très profonde et c'est à ces eaux chlorurées sodiques chaudes que M. Albert Robin donne la préférence.

Traitement local :

Il doit viser avant tout à *mobiliser les articulations* malades, il faut donc prohiber les appareils *orthopédiques* et ne les tolérer qu'en cas de laxité extrême des ligaments articulaires.

En revanche, le massage donne d'excellents résultats, chaque séance sera suivie d'exercices actifs et passifs des membres atteints. Le massage peut être employé également dans le bain ou sous la douche : telle la douche massage d'Aix.

Growitz et Suchard ont obtenu d'excellents résultats des bains de sable chaud.

Enfin lorsque l'arthrite se complique d'atrophie musculaire, les courants induits sont utiles pour redonner aux muscles leur vigueur.

Bien entendu la révulsion locale : application de teinture d'iode, de pointes de feu est indiquée au moment des paroxysmes.

B. — CHIRURGICAL

Il faut bien avouer, qu'à part le massage, toutes les médications précédentes sont trop souvent impuissantes. Rien d'étonnant par conséquent à ce que les chirurgiens aient essayé d'être plus heureux que les médecins.

« Le premier essai volontaire de ce genre appartient à Fock qui fit en 1856 la résection de la hanche chez un homme de 49 ans atteint d'arthrite sèche ordinaire ; peu après Volkmann admettait l'utilité des résections pour la forme monoarticulaire de l'arthrite sèche ; depuis, de nombreux documents ont été publiés sur ce sujet par Zegas en 1888, Cornil (élève de Riedel) en 1890, Bosc, Küster,

König, Madelung, Bruns et aussi tout récemment par M. Müller.

La plupart des interventions pratiquées ont été des résections...

Elles ont toujours donné un résultat excellent relativement aux souffrances ; satisfaisant relativement aux fonctions articulaires : médiocre relativement à la récidence ou mieux à la continuation du processus. Il faut ajouter que les résections pour arthrite déformante sont d'une technique opératoire difficile et restent souvent incomplètes, surtout à l'articulation coxo-fémorale (Madelung).

Nous croyons du reste que la résection typique est loin d'être l'opération à pratiquer de parti pris dans l'arthrite sèche classique.

Une arthrotomie « suivie de suppression d'un bourrelet ou d'une stalactite faisant cale » (Quénu) ou destinée à évacuer des corps étrangers articulaires (Bruns-Bosc) ou suivie d'une arthrodèse ayant pour but d'immobiliser une articulation ballante mériteront sûrement bien plus souvent d'être discutées et entreprises par le chirurgien ».

« Enfin, dit M. Quénu, d'une façon exceptionnelle, chez les malades atteints d'arthrite sèche de la hanche qui accusent nettement tous les signes d'une névrite sciatique persistante, on serait, il me semble, autorisé d'aller s'assurer directement de l'état du nerf au niveau de l'article, à le libérer de ses adhérences et au besoin à supprimer la saillie osseuse cause première de son altération » (A. Chi-pault), in *traité de Chirurgie*).

On peut conclure de ce qui précède que les résultats de

la cure chirurgicale de l'arthrite sèche sont encore très incertains.

N'existe-t-il donc pas entre la thérapeutique médicale impuissante et les procédés chirurgicaux incertains une méthode inoffensive capable de soulager les malades et de leur redonner la liberté de leurs mouvements articulaires.

Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative et la lecture des observations que nous apportons à l'appui de nos dires achèvera de convaincre ceux qui pourraient douter de l'excellence de la méthode du docteur Delagènière.

C'est elle que nous allons maintenant exposer.

CHAPITRE IV

Méthode du docteur Delagénère.

En 1903, ayant à soigner une arthrite sèche de l'épaule d'origine rhumatismale avec impotence complète du membre, raideurs articulaires et atrophie considérable du deltoïde, M. Delagénère eut l'idée de traiter l'arthrite sèche par les injections intra-articulaires d'huile de vaseline stérilisée. Il paraît que la vaseline étant difficilement absorbée par les tissus, il obtiendrait un « graissage artificiel » de l'articulation malade permettant aux surfaces articulaires dépolies et devenues rugueuses de glisser facilement les unes contre les autres.

La douleur étant par là même supprimée, le malade n'hésiterait pas à mouvoir ses articulations et combattait ainsi l'atrophie des muscles péri-articulaires.

Le résultat réellement surprenant obtenu chez la première malade et qui s'est maintenu depuis, vint démontrer à M. Delagénère, qu'il ne s'était pas trompé dans ses prévisions.

L'effet sur la douleur fut réellement magique, car le

soir même de l'opération, la malade put à sa grande surprise, placer sans souffrir la main derrière la tête.

Encouragé par ce premier succès, M. Delagénère a toujours employé sa méthode dans les autres cas d'arthrite sèche qu'il a eu depuis à traiter et a toujours obtenu d'excellents résultats.

Voici ces observations si intéressantes qu'il a bien voulu nous confier :

Nous remercions M. Crétin, masseur de la clinique pour les indications précieuses qu'il nous a données.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

Il s'agit d'une femme de 47 ans, souffrant de douleurs rhumatismales dans tous ses membres. Elle vient me consulter le 26 août 1902. Elle présente des kystes synoviaux énormes des deux creux poplités, avec distension considérable des deux articulations du genou ; des kystes synoviaux des deux cou-de-pied et de la gaine des péroniers latéraux ; des kystes synoviaux de la face dorsale des deux poignets. Elle présente encore une arthrite sèche de l'articulation de l'épaule droite avec impotence complète du membre, raideurs articulaires et atrophie considérable du deltoïde.

Opération. — 1° Dans une première séance opératoire, le 26 août 1902, je lui enlève les kystes de ses deux creux poplités et pratique l'arthrotomie et le drainage des deux genoux ;

2° Dans une deuxième séance, le 22 janvier 1903, j'extirpe les kystes synoviaux du cou-de-pied, des péroniers latéraux, des poignets, et enfin, je pratique une injection de deux centimètres cubes de vaseline stérilisée dans l'articulation de l'épaule droite.

(1) Cette observation est due à l'obligeance du docteur H. Delagènière qui l'a publiée dans le journal *la Médecine des accidents du travail*, mai-juin 1903.

Voici pour cette dernière opération la technique qui a été suivie :

Les adhérences articulaires sont d'abord rompues doucement. Elles sont peu considérables. Prenant alors l'acromion comme point de repère, je fais mettre le bras en abduction ; puis à un centimètre au-dessous de l'acromion, j'enfonce l'aiguille de la seringue de Pravaz en pleine articulation.

Pour m'assurer que l'aiguille est bien dans l'article, je laisse couler quelques gouttes de synovie, puis j'injecte doucement avec la seringue deux centimètres cubes de vaseline stérilisée chaude. Retirant alors l'aiguille, je ferme la petite plaie cutanée par une goutte de collodion. Faisant alors exécuter des mouvements à l'articulation, je me rends compte que les craquements sont très diminués, que les mouvements sont plus faciles.

Suites opératoires. — Aucune réaction fébrile. Le soir de l'opération la malade peut exécuter elle-même les mouvements de l'épaule et à sa grande surprise, elle peut sans souffrir placer la main derrière la tête. Dès le lendemain, elle se sert de son bras. Plusieurs confrères qui sont venus l'examiner parmi lesquels les docteurs Legros, Laporte, Meyer, etc., peuvent constater que l'articulation n'est pas douloureuse à la pression, qu'il n'y a aucune réaction locale et que les mouvements de l'articulation sont redevenus normaux.

La malade est sortie de la clinique le 4 février, je l'ai revue le 28 avril, soit plus de trois mois après l'injection. Son état général est très amélioré, mais elle souffre de nouveau des genoux et c'est la raison pour laquelle elle revient me consulter. Elle n'a jamais souffert de l'épaule droite depuis son injection et elle se sert de son bras normalement. L'atrophie deltoïdienne a beaucoup diminué ; l'articulation n'est pas douloureuse à la pression, mais on observe encore quelques craquements légers quand on fait mouvoir le bras.

OBSERVATION II

C... Augustine, âgée de 67 ans, cultivatrice, rue Bobillot, le Mans, vient consulter le docteur Delagénère, le 26 mai 1903, pour une affection de l'épaule droite dont le début remonte à cinq mois. Depuis ce temps, les douleurs ressenties dans cette articulation empêchent le sommeil, car si la malade fait en dormant un mouvement inconscient, elle est immédiatement réveillée par la souffrance. Elle porte difficilement la main sur la tête et les mouvements sont biens limités dans tous les sens.

Si l'on cherche à mobiliser l'articulation les douleurs deviennent intolérables et l'on perçoit des craquements très nets, soit dans la rotation de la tête de l'humérus, soit dans l'adduction et l'abduction de l'avant-bras.

Il y a de l'atrophie des muscles péri-articulaires et lorsqu'on compare les moignons des deux épaules on voit que le deltoïde droit est moitié moins développé que le gauche.

A noter encore des irradiations douloureuses dans l'avant-bras et jusque dans les doigts.

La malade est une rhumatisante et à tous ces symptômes il est facile de reconnaître que l'on est en présence d'une arthrite sèche.

La patiente est en traitement depuis l'origine de son affection ; on a employé toutes les révulsions, mais les médicaments les plus actifs ont échoué et comme la malade demande instantanément à être soulagée, le docteur Henri Delagénère lui propose de lui faire une injection intra-articulaire d'huile de vaseline. Elle accepte et séance tenante l'opération est pratiquée.

On lui injecte six centimètres cubes de vaseline stérile. On

profite du sommeil chloroformique pour exécuter quelques mouvements forcés.

Au réveil les douleurs ont disparu, les craquements ont beaucoup diminué. Il ne se fait aucune réaction du côté de l'articulation et quelques séances de massage achèvent la guérison.

La malade a été suivie depuis cette époque et actuellement elle se sert normalement de son bras ; l'atrophie deltoïdienne a diminué, elle a pu reprendre ses occupations antérieures.

OBSERVATION III

Morbus coxæ senilis.

Le 12 juillet 1905, le docteur Mauvais (de la Flèche), adresse à la clinique du docteur Delagenière, Mme R... Marie, âgée de 52 ans, cultivatrice, domiciliée à Clermont (Sarthe).

Mme R..., a subi en 1873 un curettage utérin, depuis, sa santé a toujours été bonne bien que de temps à autre elle éprouve quelques douleurs rhumatismales. En juillet 1904, elle aurait fait une chute sur le côté droit, se serait contusionnée assez fortement la hanche droite et depuis elle ne peut marcher sans l'aide de béquilles, étant dans l'impossibilité de poser le pied droit sur le sol.

La jambe droite présente un raccourcissement apparent de quatre centimètres et est en légère abduction.

On constate dans l'articulation coxo-fémorale des frottements rudes. Les mouvements spontanés sont impossibles et les mouvements provoqués très douloureux.

Le 13 juillet 1905, le docteur Delagenière met à nu la partie antérieure de la capsule articulaire de la hanche et injecte à l'intérieur de la synoviale environ sept grammes d'huile de vaseline stérile.

Dès le troisième jour, on commence à pratiquer des mouvements lents et progressifs du membre opéré ; dès le huitième, après l'ablation des fils M. Crétin commence une série de massages.

Rapidement la malade peut s'appuyer sur sa jambe et faire quelques pas sans douleurs, mais elle boite d'une façon assez marquée.

Elle quitte la clinique le 1^{er} août 1905.

Les douleurs ont complètement disparu et tous les mouvements de la hanche sont possibles.

Malheureusement la malade a cessé de se soigner et quelques mois après l'impotence fonctionnelle est revenue.

OBSERVATION IV

Arthrite sèche de l'épaule droite.

Le 30 juin 1905, le docteur Rochet conduit à la clinique de la rue de Ballon le nommé Valentin S..., âgé de 59 ans, forgeron, demeurant au Mans.

Cet homme qui n'avait jamais été malade antérieurement souffre beaucoup de l'épaule droite depuis la fin du mois de mai. Malgré les révulsifs les plus énergiques, les douleurs ressenties ne font qu'augmenter, et le 27 juin le malade doit définitivement abandonner son travail.

Les mouvements passifs sont très douloureux, ils permettent de percevoir de gros craquements articulaires. Quant aux mouvements actifs, ils sont presque abolis tant ils sont douloureux et de plus très limités.

Il n'y a pas d'atrophie des muscles de l'épaule.

Injection dans l'articulation scapulo-humérale de 6 centi-

mètres cubes d'huile de vaseline stérile au moyen d'une longue aiguille et d'une seringue de Luër.

L'injection peut se faire sans anesthésie, et le malade la tolère très bien.

Sitôt après, on imprime quelques mouvements passifs et Valentin S..., abandonné à lui-même, se met à exécuter *seul* et *sans douleur* tous les mouvements possibles à une articulation saine.

Trois jours après, malgré l'avis du médecin, il reprend son dur métier de forgeron, ses douleurs reviennent, mais huit massages en ont raison.

A la suite de ces huit massages, Valentin S... reprend son travail. Un mois après, on peut constater que l'opéré se sert parfaitement de son bras. Il forge comme avant sa maladie et n'a plus eu depuis l'injection la moindre souffrance ni la moindre gêne.

OBSERVATION V

Arthrite sèche de la hanche droite.

Mme R..., âgée de 45 ans, vient consulter en mars 1903 le docteur Delagénrière. Elle se traîne péniblement, soutenue par deux béquilles et depuis dix-huit mois, début de son affection, reste couchée la plupart du temps.

A l'examen, on constate avec un certain amaigrissement de tout le membre malade, la présence dans l'articulation coxo-fémorale droite de gros craquements articulaires.

Les mouvements passifs très limités sont très douloureux et les mouvements actifs absolument impossibles.

Cette malade a essayé sans succès divers traitements ; les massages eux-mêmes n'ont donné qu'un résultat inappréciable.

Avant tout, la malade demande à ne plus souffrir et elle accepte l'intervention que le docteur Delagénère lui propose. L'opération a lieu sous le chloroforme. Suivant la technique habituelle M. Delagénère met à nu la capsule de l'articulation de la hanche dans sa partie antérieure, puis il injecte à l'intérieur de l'article 10 centimètres cubes d'huile de vaseline stérile.

Après l'injection, on profite de l'anesthésie pour faire exécuter au membre des mouvements assez étendus. La plaie est ensuite refermée, au réveil les douleurs persistent encore, mais leur acuité a bien diminué.

Au bout de quatre jours, commencement des mouvements passifs. Les fils sont enlevés le septième jour et la malade est massée quotidiennement par M. Crétin pendant dix jours. Les séances de massages d'une demi-heure de durée sont parfaitement supportées.

Non seulement les douleurs spontanées disparaissent, mais la malade peut marcher sans béquilles ce qu'elle n'avait plus fait depuis dix-huit mois.

La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VI

Arthrite sèche de l'épaule gauche.

X..., cultivateur. de la Ferté-Bernard, âgé de 50 ans, entre en mai 1904 à la clinique du docteur Delagénère.

Depuis six mois, il ressent dans l'épaule gauche des douleurs intolérables qui troublent son sommeil.

En dehors de ces douleurs spontanées, il a de la peine à mouvoir le bras gauche. Il lui est impossible, par exemple, de placer la main sur la tête.

Il existe une atrophie marquée de tout le moignon de l'épaule. gros craquements articulaires.

Cette affection est survenue sans cause apparente et jusqu'à son début, le malade avait joui de la plus parfaite santé. Il demande en grâce d'être soulagé. Bien entendu, tous les moyens médicaux ont échoué.

Quelques jours après son entrée, injection sous le chloroforme de 10 centimètres cubes d'huile de vaseline stérile dans l'articulation scapulo-humérale gauche.

Deux jours après, les douleurs spontanées ont disparu. Les massages sont commencés. Les masses musculaires reviennent assez rapidement et vingt jours après l'intervention, tous les mouvements sont revenus, mais comme l'atrophie du moignon de l'épaule n'a pas encore complètement disparu, le malade est encore loin d'avoir retrouvé la vigueur primitive de son bras.

On a eu depuis de ses nouvelles, la guérison se maintenait.

OBSERVATION VII

Arthrite sèche traumatique de l'épaule droite.

R..., employé de chemin de fer, demeurant au Mans, est atteint d'arthrite de l'épaule droite à la suite d'une chute.

Il est grandement amélioré par l'injection et trente massages, mais la guérison n'est pas parfaite.

OBSERVATION VIII

Arthrite sèche de l'épaule droite.

D..., journalier; 64 ans, souffre depuis un an de l'épaule droite.

L'affection est venue peu à peu. Le malade ne se souvient pas en effet d'avoir fait de chute sur l'épaule, mais il est fortement arthritique.

Il éprouve des douleurs sourdes dans l'épaule droite et les mouvements actifs diminués d'étendue. sont douloureux. Les mouvements passifs d'abduction et de rotation font percevoir de gros craquements.

Injection de 10 centimètres cubes, le 15 septembre 1904. Huit massages. Guérison.

OBSERVATION IX

Arthrite sèche du genou droit.

M... C., âgé de 50 ans, est atteint depuis plusieurs années, d'arthrite sèche du genou droit.

L'articulation est déformée, le genou globuleux, la marche n'est pas impossible, mais douloureuse. La main posée à plat sur l'article, permet de percevoir des craquements très rudes et nombreux. En septembre 1904, on pratique dans la synoviale du genou, en passant sur le bord externe du tendon rotulien une injection d'huile de vaseline de 10 centimètres cubes.

La mobilisation et le massage sont commencés dès le lendemain.

Au bout de huit jours, les douleurs ont disparu et le malade marche très bien.

OBSERVATION X

Arthrite sèche de l'épaule gauche.

M... Alphonse, menuisier, âgé de 22 ans, demeurant à Arnage, présente une arthrite sèche de l'épaule gauche dont les débuts remontent à trois ans.

Tout travail est devenu impossible, non seulement par suite des douleurs, mais encore à cause de l'atrophie de tout le moignon de l'épaule gauche. Le deltoïde, notamment a presque complètement disparu.

M. Delagénère lui propose de lui appliquer son procédé et le premier mai 1906, il pratique dans l'articulation scapulo-humérale, une injection de 3 centimètres cubes de vaseline stérile.

Dès le quatrième jour, l'amélioration se fait sentir, elle s'accroît sous l'influence des massages faits par M. Crélin. Au bout de treize séances de massage, le malade ne souffre plus et peut reprendre son travail quatre semaines après l'injection. Nous avons eu récemment de ses nouvelles : la guérison s'est maintenue.

CHAPITRE V

Réflexions.

Sur ces dix observations d'arthrite sèche nous trouvons :

Sept arthrites de l'épaule ;

Deux arthrites de la hanche ;

Une arthrite du genou.

Dans tous les cas, les malades avant l'injection de vaseline stérile, avaient subi toutes sortes de traitements, mais sans résultat.

Par l'injection au contraire, sur les sept arthrites de l'épaule, six ont été guéries, une seulement n'a été qu'améliorée.

Les six articulations guéries l'ont été dans un laps de temps variant entre quelques heures et quelques jours.

Bien entendu par guérison, nous entendons la guérison fonctionnelle et nous ne prétendons pas obtenir par l'injection de vaseline la restitution *ad integrum* des articles malades, la disparition des hyperostoses, la suppression des déformations articulaires.

Dans certains cas (obs. I et obs. IV) la guérison fut pour ainsi dire immédiate. Dès le soir même, le premier malade a récupéré les mouvements et dès son réveil le

sujet qui fait l'objet de l'observation IV se déclare prêt à reprendre son travail.

Pour les autres patients, on doit recourir au massage. 6, 8, 15 séances sont quelquefois nécessaires pour obtenir le retour de tous les mouvements.

Deuxième point : par un phénomène remarquable, l'injection fut toujours suivie immédiatement de la sédation complète de la douleur. Dans quatre cas, dès le réveil le malade n'éprouve plus aucune douleur (dans obs. I, III, IV, VIII).

Dans les autres (obs. V, VI, X) la disparition de la douleur varie entre deux et quatre jours.

Cette disparition de la douleur est constante ; elle n'a jamais fait défaut et à ce point de vue tant apprécié des malades, la méthode est réellement merveilleuse puisque sur sept cas injectés, sept fois on note la disparition des douleurs.

Enfin, comme conséquence de la récupération des mouvements et de la disparition de la douleur, nous voyons les muscles reprendre de la vigueur et l'atrophie diminuer. Malheureusement, lorsque cette atrophie est trop prononcée, elle demande longtemps à s'amender et il est même des cas où elle a résisté à tout traitement (massage-électricité).

En résumé, sur sept arthrites de l'épaule, on compte six guérisons définitives ce qui est déjà un beau résultat.

Les succès sont moins brillants à l'articulation de la hanche. Néanmoins, si dans les deux cas traités, la guérison fonctionnelle n'a pas été obtenue complètement, la suppression de la douleur qui a suivi l'injection, a du

moins, grandement soulager les malades et l'un d'eux put marcher sans béquilles (observ. V) ce qu'elle n'avait pu faire depuis plus de 18 mois.

Enfin, dans l'unique observation d'arthrite sèche du genou traitée par la méthode, le résultat fonctionnel obtenu fut parfait et la douleur disparut d'une manière complète.

Mais, nous objectera-t-on, l'injection d'huile de vaseline n'entre pas seule en ligne de compte dans l'obtention de la guérison : les massages subis par les malades ont une certaine importance et seul le massage, diront même quelques sceptiques, a eu un effet utile.

Loin de nous la pensée de nier l'action du massage dans le traitement de l'arthrite sèche, mais nous ne le considérons que comme un appoint, une thérapeutique complémentaire qui surajoute ses bons effets à ceux de la vaseline.

Car, c'est sans un seul massage que la guérison est obtenue dans l'observation I. Dans les autres cas (obs. II, IV, V, VI, VIII, IX) le nombre des séances de massage est véritablement infime : 6 à 8 au plus ; or, nous ne savons point que 6 à 8 massages aient suffi à guérir complètement une arthrite sèche.

Dans deux observations seulement (obs. III, VII), le nombre des séances fut de trente ; mais dans le premier cas, il s'agissait d'une arthrite très grave de la hanche et dans le second cas, d'une arthrite sèche consécutive à un traumatisme de l'épaule : or, nous verrons au chapitre des indications, que nous ne conseillons pas l'injection d'huile de vaseline dans les arthrites traumatiques.

Nous pourrions même aller plus loin et laisser au mas-

sage tous les honneurs de la cure, il n'en serait pas moins vrai que par la sédation immédiate des douleurs consécutive à l'opération l'injection d'huile de vaseline facilite les massages, permet des séances plus longues et surtout des séances non douloureuses. Or, le massage à lui seul n'a jamais un effet aussi rapide sur les symptômes subjectifs.

Enfin, si par l'injection, les séances de massage sont rendues indolores, leur nombre en est également diminué.

Suivant M. Crétin, de deux cas semblables : l'un auquel on a injecté la vaseline, l'autre qu'on traite par les seuls massages, le premier, pour être guéri, demandera la moitié moins de séances que le second et la guérison se maintiendra plus longtemps.

Il semble donc bien qu'huile de vaseline et massage réagissent heureusement l'un sur l'autre. D'une part, l'huile de vaseline supprime immédiatement les douleurs, facilite le massage, en diminue la durée, permet enfin de faire accomplir à l'articule toute la gamme des mouvements actifs et passifs qui lui sont propres. D'autre part le massage en activant la circulation agit sur les exsudats péri et intra-articulaires, redonne de la souplesse aux muscles, en combat l'atrophie et permet par là à la guérison de s'établir complète.

CHAPITRE VI

Technique.

Tout d'abord et avant tout, comme il s'agit d'injecter dans une articulation un liquide non ou difficilement résorbable, les plus grandes précautions d'asepsie sont de rigueur. Il sera fait un nettoyage et un brossage sérieux de la région à opérer, puis la peau sera passée à l'alcool, à l'éther et au sublimé.

Anesthésie : 1° Anesthésie locale.

L'anesthésie locale à la cocaïne ou à la stovaïne suffira pour les articulations de l'épaule et du genou : articulations relativement superficielles et dont on peut atteindre la synoviale sans qu'une incision de la peau soit nécessaire.

On anesthésiera tout d'abord la surface cutanée par une injection hypodermique, puis dans les cas très douloureux on pourra injecter dans l'articulation quelques gouttes de la solution de cocaïne ou de stovaïne.

Mieux vaut employer des solutions très étendues, au centième par exemple quitte à attendre plus longtemps l'effet

anesthésique, que d'avoir recours à des solutions de cocaïne plus concentrées, mais qui pourraient donner lieu à des accidents d'intoxication.

Ajoutons que lorsque l'affection n'est pas très douloureuse et que le malade n'est pas pusillanime, on peut faire l'injection sans aucune anesthésie.

2^o Anesthésie générale indispensable.

α) Pour l'injection de vaseline dans l'articulation de la hanche, car dans ce cas pour être bien sûr que l'huile de vaseline pénètre dans l'articulation, le chirurgien est obligé d'en mettre la face antérieure à nu.

β) Dans les arthrites très douloureuses et immobilisées depuis longtemps, le chirurgien pourra profiter du sommeil du malade pour faire exécuter des mouvements forcés à l'articulation et rompre les adhérences articulaires.

γ) Enfin chez les sujets très pusillanimes, bien que le choix de l'anesthésique importe peu en l'espèce, disons cependant que l'on pourra utiliser soit le chloroforme, soit l'anesthésie par la stovaïne en injection intra-rachidienne.

Liquide injecté.

Le liquide employé dans toutes nos observations était de la vaseline chaude.

La température de 40° en effet liquéfie la vaseline et en facilite grandement l'injection.

La vaseline employée devra tout d'abord être parfaitement neutre et en particulier ne renfermer aucune trace

d'acide. Elle sera en outre soigneusement stérilisée à l'autoclave.

La quantité de vaseline injectée varie suivant l'importance des articles que l'on a à traiter. La plus petite dose qui ait été employée fut de deux centimètres cubes (Obs. I) la plus forte de dix centimètres cubes (Obs. VI et IX).

En général la dose, de 4 à 5 centimètres cubes suffit pour l'articulation de l'épaule. Pour la hanche et le genou, on pourra aller jusqu'à 8 ou même 10 centimètres cubes de vaseline. Nous n'avons d'ailleurs pas remarqué de rapport direct entre la quantité de vaseline injectée et la rapidité de la guérison : il n'y aurait donc aucun avantage à forcer la dose que nous venons de conseiller.

Instrumentation :

α) *La seringue.* — A la rigueur on peut se servir de n'importe quelle seringue.

Nous donnons néanmoins la préférence à la seringue de Luër si facile à aseptiser. On emploiera une seringue d'une contenance de 2 centimètres cubes ; le seul inconvénient c'est qu'on aura à la recharger deux ou trois fois et que pendant ce temps la vaseline peut se figer dans le conduit de l'aiguille. Mieux vaut la seringue du Luër, qui d'un seul coup pourra emmagasiner la dose nécessaire.

β) *L'aiguille.* — L'aiguille en platine irridié aura de 5 à 9 centimètres de longueur, les aiguilles à rachi-cocainisation remplissent toutes les qualités désirables. L'important est de ne pas employer un instrument dont le diamètre serait trop fin, car dans ce cas, l'injection de vaseline pourrait présenter certaines difficultés.

Inutile d'ajouter que seringue et aiguille auront été stérilisées à l'autoclave.

Manuel opératoire :

α) *Epaule.* — L'injection intra-articulaire de vaseline stérile dans l'articulation de l'épaule est des plus facile.

C'est l'acromion qui sert de point de repère. Lorsque le chirurgien l'a bien senti, il fait porter le bras du malade en abduction. Puis à *1 centimètre et demi* au-dessous de l'acromion, il enfonce l'aiguille non montée en pleine articulation. Au bout de quelques secondes quelques gouttes de synovie s'écoulent par l'aiguille donnant ainsi la certitude que l'on est bien dans l'articulation.

On adapte alors la seringue remplie de vaseline à l'embout de l'aiguille et l'on *pousse doucement* l'injection. Lorsque toute la vaseline est passée dans l'article, l'aiguille est retirée d'un coup sec et son orifice d'entrée est obturé avec du collodion.

β) *Hanche.* — Etant donné la profondeur de l'articulation et eu égard aux énormes masses musculaires qui la masquent en arrière et en dehors, aux gros vaisseaux qui courent sur sa face antérieure, il est nécessaire de découvrir tout d'abord l'articulation.

M. Delagénière pratique une incision antérieure, il récline en dedans le nerf crural et les gros vaisseaux, en dehors le psoas et ayant ainsi mis à nu le ligament ilio-fémoral antérieur, il enfonce l'aiguille à travers ce ligament et pousse l'injection.

Les plans superficiels sont alors suturés.

γ) *Genou.* — De même qu'à l'épaule l'injection est très

simple car l'articulation du genou est très mal protégée sur sa face antéro-latérale. On sait, en effet, que lorsque la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, le sommet de la rotule correspond à l'interligne articulaire. Il suffit donc, après avoir reconnu l'interligne articulaire et pour faire pénétrer l'aiguille en pleine articulation, il suffit d'enfoncer l'instrument au ras du bord externe du ligament rotulien à un niveau correspondant au sommet de la rotule.

Le sommeil du malade établi, le chirurgien profitera de l'anesthésie pour rompre doucement les adhérences articulaires et pour faire exécuter à l'épaule, à la hanche, au genou tous leurs mouvements physiologiques.

Suites opératoires :

Les complications sont nulles : dans aucun cas nous n'en avons eu à observer. La température est restée toujours normale et la vaseline bien tolérée.

Quant à la douleur elle a cessé très rapidement et quelques heures après l'injection, quelquefois même dès le réveil, les malades ont pu exécuter des mouvements impossibles depuis longtemps.

D'ailleurs, le retour presque immédiat des fonctions articulaires s'explique facilement par la disparition des douleurs. Cette absence de réaction opératoire a permis de commencer les séances de massage dès le lendemain de l'injection pour l'articulation de l'épaule et du genou et dès le troisième jour, pour celle de la hanche.

De là, on peut conclure à la parfaite innocuité de l'intervention.

D'autre part à l'encontre de ce qu'on aurait pu supposer *a priori*, les améliorations obtenues ont persisté.

Nous avons avant de commencer notre travail revu des malades injectés depuis deux à trois ans : chez tous la guérison se maintenait.

Mode d'action de la vaseline :

C'est de double façon que la vaseline nous a paru exercer son action.

1° Action mécanique.

Dans l'arthrite sèche le liquide synovial est toujours en petite quantité : de plus, il est moins onctueux, moins filant que le liquide synovial normal. Lorsque sous l'influence d'une poussée aiguë le liquide augmente en quantité jusqu'à constituer une hydarthrose, il n'en reste pas moins séreux et par conséquent ne remplit pas ou ne remplit qu'imparfaitement le rôle qui lui est départi, c'est-à-dire la lubrification des surfaces articulaires.

L'action de la vaseline va donc être d'opérer un « graissage » artificiel de l'article malade : elle va suppléer à ce que le liquide synovial a d'insuffisant et permettre aux surfaces articulaires si dépolies soient-elles de glisser aisément les unes contre les autres et cela en formant à la surface des cartilages articulaires une sorte de vernis protecteur.

La rapidité de la disparition de la douleur dès que l'injection de vaseline est faite vient d'ailleurs corroborer cette hypothèse.

2° Action physiologique.

L'action mécanique de la vaseline semble donc bien

démontrée, mais ce n'est pas là le seul effet que produise le liquide injecté. La persistance de l'amélioration au bout de plusieurs mois, voire même d'années, permet d'admettre que la vaseline joue dans l'articulation un autre rôle plus complexe.

L'huile de vaseline agirait directement sur la synoviale en produisant une inflammation active et une nutrition meilleure des tissus, et de cette façon, aurait sur l'arthrite sèche une heureuse influence par l'augmentation de la vitalité du cartilage et sa réparation.

On sait, en effet, qu'après l'injection de vaseline dans les tissus, il se produit une réaction cellulaire plus ou moins intense, l'appel leucocytaire ainsi obtenu aurait un effet curatif des plus marqués.

Indications et contre-indications :

L'injection intra-articulaire de vaseline est indiquée dans les arthrites sèches d'origine rhumatismale :

1° Dans les arthrites sèches de l'épaule, la méthode, nous a constamment donné des résultats merveilleux. Elle est surtout indiquée dans les arthrites à forme douloureuse, entraînant une impotence fonctionnelle marquée.

2° Dans les arthrites sèches de la hanche (coxarthroses) l'injection de vaseline a d'une manière constante supprimé les douleurs, mais les résultats fonctionnels ont toujours été inférieurs à ceux qui ont été obtenus dans les autres articulations.

3° Dans l'arthrite sèche du genou, la méthode est d'une innocuité si absolue que c'est à peine si l'on peut parler

ici de contre-indication : Cependant le chirurgien devra s'abstenir :

1° Dans les arthrites sèches d'origine traumatique. C'est ainsi que le malade qui fut l'objet de notre observation VII n'a pas obtenu par l'injection de vaseline un résultat brillant.

Plusieurs autres essais dans des cas analogues n'ont guère eu de meilleurs succès.

2° Dans le cas d'une poussée aiguë d'arthrite. La présence d'une hydarthrose sera une contre-indication formelle. Le chirurgien devra donc attendre que la phase subaiguë, soit terminée pour agir.

CHAPITRE VII

Conclusions.

I. — L'injection de vaseline stérile dans le cas d'arthrite sèche des grandes articulations : épaule, hanche, genou est des plus efficaces et marque un grand progrès sur tous les procédés thérapeutiques, mis en œuvre jusqu'à ce jour.

II. — La technique de l'injection est des plus faciles ; 5 à 10 centimètres cubes de vaseline suffisent.

III. — L'innocuité en est absolue.

IV. — L'injection est d'une façon constante suivie de la suppression de la douleur. L'impotence fonctionnelle qui en est le corollaire disparaît également ainsi que l'atrophie musculaire.

V. — L'effet de l'injection de vaseline est durable et dans tous les cas injectés, la guérison s'est maintenue.

VI. — La vaseline agit mécaniquement en lubrifiant les surfaces articulaires et physiologiquement, en excitant la nutrition locale.

VIII. — La méthode est indiquée dans les arthrites sèches de l'épaule, de la hanche et du genou chez les ar-

thritiques. Elle est contre-indiquée dans les arthrites traumatiques.

VIII. — Le massage associe ses heureux effets à ceux de la vaseline et son emploi est formellement indiqué ; néanmoins dans quelques cas, l'injection seule, sans massages, a été suivie de guérison. En tout cas, la vaseline active les bons effets du massage.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
RECLUS.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- LANDRÉ-BEAUVAIS. — Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte (goutte anesthésique primitive)? *Thèse*, Paris, 1800.
- ADAMS. — A treatise on rheumatic gout or chronic rheum arthritic, London, 1857. *Cyclof. of anat. and Pleys*, 1839.
- J.-P. CHARCOT. — Etudes pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous le nom de goutte anesthésique primitive. *Thèse*, Paris, 1857. Leçons cliniques sur les maladies des vieillards, 1874.
- DESCOSSES. — *Thèse*, Paris, 1880.
- DESCOUTS. — *Thèse*, Paris, 1880.
- CORNIL. — Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique. Soc. de biol., 1864.
- P. GUÉNEAU DE GUSSY. — *Cliniques médicales*, t. I.
- CADIAT. — Rhumatisme osseux. *Rev. de méd.*, 1882.
- BRISSAUD. — Du bubon rhumatismal. *Rev. de méd.*, 1887.
- VAILLARD et PITRES. — *Rev. de méd.*, 1887, p. 446.
- L.-Th. MATHIEU. — Rhumatisme noueux chez les sujets jeunes. *Thèse*, Paris, 1884.
- RAYMOND LACAZE-DORÉ. — Rhumatisme noueux chez les enfants. *Thèse*, Paris, 1882.
- DIAMANTBERGER. — Rhumatisme noueux chez les enfants. *Thèse*, Paris, 1891.
- CÉRY. — *Thèse*, Daney, 1892.
- KISSEL. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1894.

BRISAUD. — *Gazette hebdomadaire*, 1888, p. 553.

CONSTANT COUSIN. — De quelques symptômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses. *Thèse*, Paris, 1890.

G. THIEBIERGE. — *Rev. de méd.*, 1890, p. 291.

LABBÉ. — *Presse médicale*, 1894, p. 496.

SPENDER. — *Semaine médicale* 1891, et *Brit. med. Journal*, 30 mai 1891.

BROUARDEL, GILBERT, GIRODE. — *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. III.

ERASMO DO ANADRAL. — Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. *Thèse*, Paris, 1891.

P. MARIE. — Les rhumatismes déformants. *Tribune médicale*, 9 janvier 1896.

D. CÉTINGER. — Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte, 1896.

COYRARD. — Tuberculose et rhumatisme articulaire chronique progressif. *Thèse*, Paris, 1889.

QUÉNU. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, art. Arthrite déformante.

ROBIN et COUDE. — Torticolis et lumbago d'origine articulaire rhumatismale. *Rev. de méd.*, 1894.

REGIMBEAU et VEDEL. — *Nouveau Montpellier médical*, 1892.

LEREDDE. — Mémoire inédit. *Médecine moderne*, 1896.

KLIPEL. — Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques. *Thèse*, Paris, 1889.

MAX SCHÜLLER. — Nontertuchungen über der actiologie der sog chronisch, rheumatischen gelenkentzündungen. *Berl. klin. Wochenschrift*, sept. 1893.

DAUBAU. — Polyarthrite chronique progressive consécutive au rhumatisme scarlatin. *Thèse*, Paris, 1894.

GASTOU. — Rhumatisme nouveau blennorrhagique. Société de dermatologie, 10 janv. 1894 et *Semaine médicale*, 1894, p. 25.

Mlle GELACOWITCH. — Certains accidents articulaires chroni-

- ques consécutifs au rhumatisme articulaire aigu. Paris, 1896.
- AMBLIN. — Maladie de Landré-Beauvais chez l'enfant. Paris, 1896.
- VIRCHAUX. — Des formes graves du rhumatisme chronique. *Thèse*, Paris, 1893.
- HANOT. — *Bulletin médical*, 1895, p. 602.
- FEINDEL. — *Revue neurologique*, 1896, n° 18.
- JEANSELME. — Troubles trophiques dans la blennorrhagie. *Presse médicale*, 1895.
- LE GENDRE. — Soc. méd. des hôpitaux, 1892.
- GROCCO. — *Archiv. italiano di clinica medica*, 1893.
- BOURDILLON. — Psoriasis et arthropathies. *Thèse*, Paris, 1888.
- DURON. — Sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme. *Thèse*, Paris, 1886.
- HERZ. — *Club médical de Vienne*, 10 juin. *Sem. méd.*, 1896, p. 247.
- LANCEREAUX. — Traitement de l'herpétisme, in *Traité de thérapeutique appliquée*, 1^{er} fasc., 1895.
- MÜLLER. — *Arch. für klin. chir.*, Bd. XLVII, 3-4, et *Semaine médicale*, 1894, p. 435.
- VOLKMANN. — In *Traité de chirurgie* de Pitha-Billroth.
- H. DELAGÉNIÈRE. — Des injections intra-articulaires de vaseline stérile dans les arthrites sèches. In *Journal de médecine des accidents du travail*.

